

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 135

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE PRÉCOCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES PÉCHEUR

Né à Lyon, le 6 Octobre 1892



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA NÉPHRITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE PRÉCOCE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
X..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATABJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale.....		PIAVOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique.....		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM. BARRAL	MM. CADE	MM. COTTE	MM. CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MOURIQUAND, *Président* ; M. COLLET, *Assesseur* ;
MM. CADE et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 135

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE PRÉCOCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES PÉCHEUR

Né à Lyon, le 6 Octobre 1892



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE
DE TOUS MES CAMARADES MORTS AU
CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous a fait le grand honneur d'en
accepter la présidence.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

A la Charité, dans le service de M. le professeur Mouriquand, nous avons pu observer un nourrisson âgé de six semaines présentant des symptômes de néphrite aiguë et des signes d'hérédo-syphilis certaine.

L'observation de ce cas très net nous a suggéré l'idée d'une étude de la néphrite hérédo-syphilitique précoce. Nous entendons, en effet, limiter notre travail à la description de la néphrite hérédo-syphilitique se manifestant dans la première année de la vie.

Le fait de considérer l'hérédo-syphilis comme capable de produire des lésions rénales semble remonter à un demi-siècle. Bradley, en 1871, remarquant, chez un enfant de quatre mois, des symptômes de néphrite et des signes de syphilis, institua le traitement spécifique et eut le bonheur d'obtenir une grande amélioration de sa maladie. Il osa déduire que l'hérédo-syphilis était liée à la néphrite comme de cause à effet : « J'espère avec ferveur, écrivait-il, que la vérité de cette déduction pourra être prouvée soigneusement par quelque homme impartial, et qu'alors elle pourra prendre place parmi les faits de science médicale, ou être à jamais ensevelie dans

les limbes profonds qui contiennent toutes les erreurs médicales discréditées. »

Depuis, de nouvelles observations ont été faites : elles démontrent d'une façon incontestable que l'hérédosyphilis peut produire des altérations rénales dans le tout premier âge (De Sinety, Lancereaux, Maffuci, Marchiafava, Barthélemy, d'Astros, Parrot, Fournier, Sutherland, Carpenter, Audéoud, Hutinel, etc...).

Nous avons recueilli quelques-unes des observations de ces auteurs, et nous avons essayé d'en extraire une étude synthétique sur la question de la néphrite hérédosyphilitique précoce.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (BRADLEY, 1871)

(Résumée)

Fillette de quatre mois., couverte de psoriasis syphilitique. Figure, bras, jambes oedémateux, laissant un godet à la pression. La mère n'avait remarqué l'oedème que le jour avant. N'avait pas eu la scarlatine.

Urine fortement albumineuse. Au microscope : existence de nombreux cylindres épithéliaux et granuleux.

Traitement : Hydrargyrum cum creta, 2 grains deux fois par jour. Frictions avec un onguent mercuriel sur le ventre chaque nuit.

Progrès du cas : 3 ou 4 jours après le traitement, l'éruption cutanée pâlit et disparaît; le nombre des cylindres urinaires diminue ainsi que la quantité d'albumine.

Après trois semaines de traitement, le tissu cellulaire est libre d'oedème, l'albumine a disparu, et le microscope ne permet de révéler la présence d'aucun élément anormal dans l'urine.

OBSERVATION II (MASSALONGO, 1894)

(Résumée)

Petite fille de 6 mois, née avant terme d'une mère syphilitique.

Malade dès la naissance. Athrepsie à un haut degré.

Alimentation au biberon.

Enfant présente de nombreux syphilo-dermes aux cuisses et aux parties génitales, traités par des fomentations avec une solution de sublimé à 1/2000.

Les manifestations cutanées disparaissent lentement. Puis surviennent des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie, des œdèmes limités à la face et aux extrémités, des convulsions, de la fièvre, maximum 39°5 et du coma; avec ces phénomènes urémiques la petite meurt.

Examen histologique : Sclérose du tissu connectif; artères gravement affectées d'endoartérite et de périartérite, endothélium rugueux, mamelonné, exfolié, quelques artères sont en thrombose. Rares hémorragies dans le parenchyme. Glomérules malpighiens comprimés, — quelques-uns atrophiés par le tissu conjonctif. — Sclérose intertubulaire. Tubes urinifères obstrués de cylindres hyalins ou granuleux.

Seulement de petites portions du tissu rénal se montrent en un état normal.

OBSERVATION III (AUDÉOUD H., 1896)

(Résumée)

Enfant de deux mois, père non syphilitique, mère infectée par voie utérine (deux fausses-couches) lors d'un premier mariage (mari était atteint de syphilis certaine).

Mère ne présente aucun accident spécifique. L'enfant, né à terme, n'a pas l'apparence d'un hérédosyphilitique. Il souffre toutefois d'un coryza léger mais persistant; la plante des pieds offre une teinte et une desquamation suspectes. A l'occasion de troubles digestifs, qui en sont peut-être déjà la première manifestation, apparaissent des symptômes de néphrite aiguë, œdème des membres inférieurs, urine rare chargée d'albumine et de cylindres.

Sous l'influence du traitement, cet état s'améliore, mais les frictions mercurielles provoquent une éruption assez intense

pour les faire suspendre. Deux jours après, se montrent de nouveaux symptômes d'insuffisance rénale, l'œdème revient, l'urine est rare, l'albumine augmente et des convulsions apparaissent pendant deux jours et demi.

L'enfant est remis au traitement spécifique qui provoque une seconde amélioration. Malheureusement, il est très affaibli, et il est emmené rapidement par une pneumonie intercurrente évoluant sans fièvre.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION IV (SUTHERLAND et THOMSON-WALKER, 1903)

(Résumée)

Fille de 16 mois, reçue le 20 septembre 1901 à l'hôpital.

Père syphilitique mort d'affection cardiaque. Enfant bien portante jusqu'à 6 mois, présente alors une ophtalmie et dépérit rapidement.

A l'admission : athrepsie, syphilides anales et cutanées. Kératite ulcéreuse, perforation de la cornée à gauche. Traces de rachitisme. Paralyse du bras droit, athétose du bras gauche. Grosse rate. Traitement au mercure. Mort après 17 jours d'hôpital sans amélioration.

Autopsie. — Artérite syphilitique des artères cérébrales moyennes et antérieures gauches avec ramollissement du lobe frontal de ce côté. Néphrite interstitielle aiguë.

Au microscope : tissu interstitiel de la substance corticale du rein infiltré de cellules rondes; çà et là, l'infiltration est telle qu'elle cache les tubuli et les glomérules. Les tubuli sont séparés par de larges espaces d'infiltration.

OBSERVATION V (CARPENTER, 1905)

(Résumée)

Charles B..., âgé de 5 mois, admis à l'hôpital North Eastern.

Père et mère traités 6 ans auparavant pour maladie vénérienne.

Mère a eu quatre grossesses : premier enfant né prématurément à 6 mois 1/2, vit deux mois; deuxième et troisième viennent à terme et vivent encore; le quatrième, le petit malade, est né au huitième mois. .

A la naissance : enfant petit, mais apparence de bonne santé, nourri au sein.

A 2 mois : présente du coryza et une congestion des poumons, commence à dépérir. Peu après, apparaît une éruption rouge sur les fesses, les jambes et les pieds, elle pâlit et disparaît. Visage noté comme bouffi d'une façon irrégulière.

A l'admission : Poids, 4,230 gr. Température, 36°5.

Face bouffie, veines temporales proéminentes, coryza caractéristique. Plaques rouge cuivre au menton, macules disséminées sur les fesses. Cœur, poumons, foie, rate, abdomen normaux. Urine contient un quart d'albumine.

Traitement : Hydrargyrum cum creta, 1 grain 3 fois par jour.

Durant son hospitalisation, l'enfant toujours œdémateux, a une température continuellement subnormale. La quantité d'urine émise est très faible : varie entre 60 et 140 gr. par jour, gros disque d'albumine.

Examen du sédiment : nombreux cylindres¹ hyalins, épithéliaux et granuleux, globules rouges, cellules épithéliales séparées et en groupes (néphrite catarrhale aiguë).

L'enfant meurt un mois après son entrée à l'hôpital.

Nécropsie : Cœur, poumons, rate, normaux. Foie dur. Reins ne présentent pas de lésions macroscopiques nettes.

Examen microscopique : Rein en état de néphrite catarrhale. Cylindres visibles ici et là dans les tubuli. Tubuli du cortex dilatés. Il y a un excès de cellules rondes dans le glomérule et épaissement fibrillaire des capsules glomérulaires.

Les lésions sont variables comme distribution, quelques artères des reins étant en apparence normale. Il n'y a pas de lésions interstitielles. Les petites artères dans le voisinage du glomérule sont épaissies et la lumière est grandement diminuée. Cet épaissement apparaît comme dû, plus à la périartérite qu'à l'endartérite. L'endothélium du glomérule semble être épaissi aussi.

OBSERVATION VI (CARPENTER, 1905)

(Résumée)

Nourrisson du sexe féminin âgé de 5 semaines. Eruption apparue à l'âge de deux semaines.

A l'admission : Coryza, desquamation sur les mains, la plante des pieds, le ventre, les oreilles. Sur les fesses, papules rouges avec dépression centrale en cratère. Ulcération des lèvres, de la racine du nez, du pli fessier.

Une semaine après : œdème du dos de la main gauche.

Trois semaines après : œdème des paupières, des pieds, des jambes, des mains et des avant-bras.

Urines : présence d'albumine, anneau de 2 centimètres 1/2 d'épaisseur avec acide azotique froid.

Examen du sédiment : cylindres hyalins, épithéliaux, sanguins; pas de globules rouges isolés.

L'enfant meurt peu après.

Nécropsie : Macroscopiquement : adhérence des deux lobes inférieurs des poumons, hépatisation grise. Rein d'aspect normal.

Microscopiquement : Poumons : alvéoles plus ou moins obstruées par des cellules rondes. Sclérose des parois des vaisseaux.

Reins : Glomérulite intense, capsules glomérulaires épaissies par l'addition de tissu fibreux. Sclérose interstitielle. Vaisseaux ont leurs parois épaissies par l'addition de tissu fibreux (mésartérite), formation de nouveaux vaisseaux dans le jeune tissu fibreux développé dans le stroma. Dans une section, une infiltration de cellules rondes, mesurant 0 millimètre 033 sur 0 millimètre 0166, était large assez pour constituer un petit granulome.

OBSERVATION VII (D'ASTROS, 1908)

(Résumée)

Bébé de 28 jours, amené en état d'anasarque généralisé. Œdème blanc, assez mou, gardant l'empreinte du doigt, occu-

pant les membres inférieurs en extension, le scrotum, la verge, les parois latérales de l'abdomen, moins marqué aux régions supérieures du corps. L'enfant n'a pas uriné depuis la veille.

Pas de lésions de la peau, ni des muqueuses.

L'état des parois abdominales ne permettait pas l'exploration du ventre.

Antécédents : mère mariée deux fois. Ne paraît pas avoir eu de manifestations nettes de syphilis.

De son premier mari, six grossesses, trois avortements, trois enfants à terme. Fait très curieux : tous ses enfants, à l'âge d'un mois, présentent les mêmes symptômes : anurie, anasarque et mort en peu de jours. Du deuxième mari, bien portant, n'a qu'un enfant, notre petit malade, qui présente les mêmes accidents que ses aînés.

Traitement : trente-six gouttes de liqueur de Van Swieten à l'intérieur. Mère prend du sirop de Gibert.

Le quatrième jour : l'enfant urine, grosse quantité d'albumine.

Sixième jour : Amélioration continue, œdème diminué, exploration du ventre, gros foie, grosse rate.

Neuvième jour : diarrhée abondante.

Mère retire son enfant. Il succombe.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII (*personnelle*), 1920

V..., 1 mois 1/2. Admis à l'hospice de la Charité le 18 novembre 1920.

Antécédents héréditaires : Mère sans symptômes apparents de syphilis, six grossesses, trois enfants morts pendant les premières semaines ou les premiers mois de la vie, deux fausses-couches, le dernier enfant est le petit malade.

Père vivant et bien portant.

Antécédents personnels : Enfant venu à terme, nourri au sein. Il semble que la mère l'ait amené à la consultation pour des lésions cutanées de la région fessière et des membres inférieurs.

A l'examen : Enfant paraissant mal formé. Poids, 3.920 gr. Déformation du nez en lorgnette, légère distension des fontanelles. Veines frontales proéminentes. Coryza nasal qui remonterait à plusieurs semaines. Œdème des membres inférieurs et des bourses, accompagné de lésions érythémateuses et intertrigineuses au niveau des replis inguinaux, cruraux et interfessiers.

Abdomen distendu. Foie gros, débordant d'environ deux travers de doigt les fausses-côtes. Rate hypertrophiée.

Il ne semble pas que l'enfant ait eu des troubles gastro-intestinaux. Pas de plaques dans la bouche. Légères fissures périanales. Pas de troubles respiratoires.

Urines, avec un gros disque d'albumine, 2 gr. 50 par litre.

Examen microscopique : 1° Hématies nombreuses, gonflées, mais ne présentant pas d'autres altérations morphologiques (le plus grand nombre des hématies sont d'un diamètre plus faible que celui des adultes);

2° Cylindres nombreux, le plus souvent granuleux (mais faiblement), quelquefois hyalins ou partiellement hyalins et granuleux (diamètre des cylindres sensiblement égal à celui des cylindres d'adultes). On remarque cependant de très rares cylindres granuleux lilliputiens et des cylindres mixtes granuleux dans la portion la plus faible;

3° Leucocytes extrêmement rares;

4° Absence de cellules épithéliales banales et par suite aucune cellules rappelant les cellules rénales;

5° La plus grande partie du sédiment doit être rattachée au sale ? ou quelque poudre inerte semblable, sans trace d'organisation... et au mucus.

23 novembre : L'alimentation du nourrisson ayant été réglée et aucune amélioration ne se produisant, le nourrisson est soumis à des frictions mercurielles de 1 gr. d'onguent napolitain.

28 novembre : Le coryza est toujours tenace, l'œdème des bourses et des membres inférieurs a diminué, mais la quantité d'albumine contenue dans les urines est montée à 4 et 5 gr. Aussi le traitement mercuriel est-il supprimé et remplacé par le novarsénobenzol employé en injections intra-musculaires à la dose de 1 centigramme par jour.

5 décembre : La quantité d'albumine étant montée, le 4 décembre, à 8 grammes, la médication par le novarsénobenzol est supprimée.

Il est ordonné seulement de l'iodure de potassium en suppositoires à la dose de 5 centigrammes par jour.

9 décembre : La quantité d'albumine varie entre 3 et 4 gr.

11 décembre : La mère retire son enfant de l'hôpital malgré avis contraire du chef de service.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'hérédo-syphilis, le rein, comme les autres viscères, subit l'atteinte du tréponème pâle.

Ses altérations ont été moins souvent observées que celles du foie et de la rate ; cependant, Hecker, examinant les reins de 10 mort-nés et de 9 nourrissons hérédosyphilitiques, observe des lésions rénales constantes. Spiess, dans 34 cas de syphilis héréditaire, trouve 12 cas où les lésions sont indiscutables.

Les déductions de nos lectures et l'étude de nos observations nous ont conduit à cette vue d'ensemble des altérations du rein par l'hérédo-syphilis :

Le rein hérédo-syphilitique présente des lésions, dont les unes ont un caractère spécifique, dont les autres sont des lésions banales d'ordre inflammatoire.

A. — LÉSIONS SPÉCIFIQUES

Dans quelques cas, il a été trouvé des gommes dans le rein ; le plus souvent, on n'a observé que des altérations interstitielles constituées par une prolifération du tissu conjonctif, et c'est un aphorisme établi par Parrot que, dans tous les organes, la syphilis héréditaire produit du

tissu conjonctif qui tend à prendre la place de tous les autres. Cette prolifération du tissu conjonctif interstitiel, « cette infiltration disséminée de cellules embryonnaires obéit à l'évolution ordinaire des néoformations conjonctives : d'abord, phase de prolifération et d'hypertrophie de l'organe; ensuite, phase de condensation et de rétraction fibreuse » (Forgue).

La première phase semble commencer pendant la gestation, « dans l'utérus maternel, tandis que les organes vont se développant, la syphilis en attaque la structure » (Massalongo).

Hecker constate, en effet, que la néphrite syphilitique du fœtus a pour résultat une augmentation du poids des reins : $1/86^{\circ}$ du poids total du corps, contre $1/123^{\circ}$ à l'état normal, alors que dans la néphrite syphilitique du nourrisson, les reins sont diminués de poids : $1/100^{\circ}$ du poids total du corps au lieu de $1/94^{\circ}$ à l'état normal.

1. Lésions gommeuses.

Les gommes habituellement multiples ont été vues par Klebs, par Parrot, par Bajinsky, par Hausalter et Richon, par Carpenter.

Sur coupe, elles se présentent comme des nodules blanchâtres, généralement petits, ordinairement situés dans la substance corticale ; leur consistance est ferme, et ils ne peuvent être enlevés du parenchyme qui les entoure.

Examen histologique. — Les gommes se présentent comme de petits nodules constitués par un amas d'éléments lymphocytaires (Obs. VI).

Les tubes sécréteurs ne sont guère atteints qu'aux

points mêmes où les gommés se développent. En dehors de ces zones, les tubes sont bien conservés, le processus inflammatoire reste local (Cornil et Ranvier).

On trouve généralement, en dehors des nodules gommeux, une infiltration lymphocytaire, et les vaisseaux présentent des lésions de péri et d'endartérite.

2. Lésions interstitielles

Les lésions de néphrite interstitielles se rencontrent aux différentes périodes : période de prolifération, période de rétraction et de sclérose.

a) **Période de prolifération.** — Les lésions de cette période sont de beaucoup les plus fréquentes chez le nouveau-né et le nourrisson. Elles siègent surtout dans la corticale et consistent en une infiltration de cellules rondes formant des îlots en certains points (Sutherland (Obs. IV), de Sinety, Lancereaux, Maffuci, Marchiafava, Carpenter, Zeldowitch). Le processus morbide est irrégulièrement réparti, il en résulte que dans certains points, la nutrition des tissus est retardée ou arrêtée, et que le développement se fait souvent d'une façon asymétrique et irrégulière (Hutinel).

Les vaisseaux présentent souvent une réaction appréciable : infiltration de cellules rondes dans les parois des petits vaisseaux, lésions d'endo et de périartérite des artères de la substance corticale (Hutinel, Hecker, Maffuci, Carpenter obs. V et obs. VI).

Secondairement, les éléments sécréteurs sont plus ou moins touchés. Lancereaux, Hecker, trouvent des altérations granuleuses et graisseuses des tubuli; Maffuci,

une prolifération, un gonflement de la nécrose de l'épithélium des tubuli. Machiafava, Carpenter (Obs. VI), ont décrit de la glomérulite.

b) **Période de sclérose.** — La sclérose rénale est rare chez le nourrisson. Dans le cas de Massalongo (Obs. II, enfant de six mois), il existait de la sclérose accentuée : sclérose intertubulaire, glomérules scléreux, artères atteintes d'endo et périartérite.

Dans le même rein, on peut trouver des lésions d'âge différent. Chez un nouveau-né, De Sinety trouve sur certains points une infiltration de petits éléments ronds, et sur d'autres des lésions anatomiques paraissant plus anciennes : au lieu d'éléments embryonnaires, il voit entre les tubes un épaississement du tissu conjonctif plus organisé.

B. — LESIONS NON SPECIFIQUES

Dans quelques cas rares (Carpenter, obs. V) l'infection syphilitique héréditaire peut se comporter comme une infection aiguë et léser surtout l'épithélium rénal. Pas de lésions interstitielles. Les cellules épithéliales sont granuleuses et tuméfiées, des cylindres sont visibles dans les tubuli dilatés. L'endothélium du glomérule est épaissi, et les petites artères dans le voisinage du glomérule ont leur lumière grandement diminuée.

Dans ces cas, le nourrisson meurt de septicémie syphilitique, et la recherche du tréponème dans le tissu rénal peut être positive (Cornil et Ranvier).

SYMPTOMATOLOGIE

Les altérations rénales produites par l'hérédo-syphilis ne se présentent pas avec des signes particuliers permettant de révéler leur nature spécifique.

Les principaux symptômes rencontrés sont :

Œdème plus ou moins intense pouvant se généraliser;

Altérations dans la quantité et la qualité de l'urine, qui contient de l'albumine et des cylindres;

Troubles gastro-intestinaux, dyspnéiques et nerveux, allant jusqu'au coma urémique.

1° *L'Œdème.*

L'*œdème*, qui est souvent le symptôme révélateur de la maladie, apparaît soit dès les premiers jours de la vie (Obs. VII, 28 jours), soit le plus souvent quelques semaines ou quelques mois plus tard (Obs. VI, 6 semaines; Obs. III, 2 mois; Obs. I, 4 mois; Obs. V, 5 mois; Obs. VIII, 6 semaines).

Cet œdème peut être localisé : à la face (Obs. V), à la main gauche (Obs. VI), aux membres inférieurs (Obs. III), aux membres inférieurs et aux bourses (Obs. VIII), à la face et aux extrémités (Obs. I et II), l'anasarque peut exister dès le début (Obs. VII) ou n'apparaître que secondairement (Obs. VI).

C'est un œdème blanc, mou, gardant l'empreinte du doigt.

2° *Examen des urines.*

La *polyurie* n'est indiquée dans aucune observation, c'est un symptôme difficile à observer chez les nourrissons, dont on ne peut recueillir facilement les urines.

L'*anurie* a été constatée (Obs. VII) ainsi que l'*oligurie* (Obs. III et V).

L'*albuminurie*, mentionnée dans toutes les observations, sauf la quatrième, est généralement massive, jusqu'à 8 grammes par litre, dans notre observation.

L'*examen du sédiment* montre des cylindres hyalins, granuleux, épithéliaux (Obs. I, III, V, VI, VIII); des cylindres sanguins (Obs. VI), des globules rouges (Obs. V et VIII).

3° *L'Urémie.*

L'*urémie* (Obs. II et III), associée aux œdèmes, se manifeste par des troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée, par de la dyspnée, par des troubles nerveux consistant en convulsions partielles ou généralisées, en somnolence, en coma.

Enfin, le nourrisson peut être atteint de néphrite interstitielle aiguë; la maladie ne se révélera par aucun symptôme, si ce n'est par la cachexie qui emportera bientôt le malade; les lésions rénales seront des découvertes d'autopsie (Obs. IV).

DIAGNOSTIC

La symptomatologie permet le plus souvent de reconnaître la néphrite, mais nous avons vu qu'aucun symptôme particulier ne fournissait le moyen d'en préciser la nature spécifique.

Aussi, faut-il chercher d'abord si l'enfant est un hérédo-syphilitique. Puis, si un interrogatoire des parents et un examen minutieux de l'enfant ne révèlent rien de suspect, éliminer les causes de néphrite précoce, du nourrisson. Enfin, la néphrite demeurant de « cause inconnue », considérer l'étiologie syphilitique presque comme certaine.

A. — L'enfant est-il un hérédo-syphilitique ? Nous rechercherons d'abord si les parents sont atteints de syphilis, puis nous pratiquerons l'examen du petit malade, en essayant de découvrir chez lui des signes d'hérédo-syphilis.

Antécédents héréditaires

1° Père et mère : si la syphilis n'est pas avouée ou est ignorée, rechercher :

a) Les signes de syphilis : céphalée tenace, dyspha-

gie prononcée durant plus de trois semaines, chute temporaire des cheveux, certitude d'un traitement spécifique (Obs. V), certaines affections cardiaques (Obs. IV).

2° Mère : rechercher dans les antécédents obstétricaux : la naissance de fœtus macérés, les fausses couches antérieures (Obs. III, VII, VIII).

Antécédents collatéraux

Frères ou sœurs morts en bas-âge (Obs. VII, VIII) ou présentant des stigmates d'hérédo-syphilis.

Signes tirés de l'accouchement

La prématurité (Obs. V) et surtout l'hypertrophie du placenta. Pinard a montré la valeur des modifications du rapport entre le poids du placenta et le poids du fœtus dans la spécificité. Ce rapport, qui est normalement de $1/6$ peut, dans la syphilis, être égal à $1/5$, $1/4$, même $1/3$. Malgré la grande valeur de ce rapport, nous ne le trouvons mentionné dans aucune de nos observations, car, en dehors des services hospitaliers, il n'est presque pas recherché.

L'examen histologique du placenta peut révéler la syphilis ; les lésions sont alors : villosités volumineuses, vaisseaux atteints de péri et endartérite, avec oblitération plus ou moins complète de leur lumière (Fabre).

Examen du nouveau-né

a) Signes de probabilité : aspect de petit vieux, faiblesse du poids à la naissance. Examen de la courbe de

poids : chez l'enfant normal, après la perte des trois premiers jours, la courbe de poids suit une marche régulièrement ascendante et la prise journalière est de 25 à 30 grammes; chez le nouveau-né syphilitique, après la chute initiale, la réascension ne se produit pas (Fabre).

b) Signes de certitude. — Lésions cutanées : pemphigus, généralement très précoce, siégeant d'une façon constante à la paume des mains et à la plante des pieds (n'est mentionné dans aucune observation).

Psoriasis syphilitique (Obs. I), syphilodermes qui disparaissent lentement (Obs. II), syphilides cutanées (Obs. IV et VI).

Lésions des muqueuses : fissures des lèvres et de l'anus (Obs. VIII).

Coryza tenace (Obs. III, V, VIII), mettant très longtemps pour guérir, entraînant des conséquences graves pour l'alimentation, même pour la respiration. On observe souvent une irritation autour du nez et de la lèvre supérieure.

Lésions viscérales. — Hypertrophie du foie, débordant de un ou deux travers de doigt les fausses côtes (Obs. VII, VIII).

Lésions osseuses. — A la radiographie, Fabre signale comme un signe très utile à constater chez l'enfant vivant l'aspect crénelé de la diaphyse des os longs.

Réactions humorales. — La réaction de Wassermann positive a une grande valeur chez le nouveau-né. Veeder, sur 82 cas d'hérédosyphilis, a trouvé la réaction nettement positive dans 76 cas. La valeur de l'intradermo-réaction à la luétine de Noguchi a été particulièrement étudiée par A. Lafaye dans sa thèse. Cette réaction lui a

paru moins sensible que la réaction de Wassermann : il ne lui paraît pas permis chez l'enfant de tenir compte d'une réaction à la luétine positive, quand les signes cliniques et sérologiques sont négatifs. Par contre, une réaction de Bordet-Wassermann, positive à deux reprises différentes, dans un cas où la spécificité ne paraît pas cliniquement en cause, doit toujours, selon lui, faire penser à la syphilis.

Ni la réaction de Wassermann, ni l'intradermo-réaction à la luétine n'ont été pratiquées dans nos observations.

B. — Si l'interrogatoire et l'examen ne donnent pas de renseignements, il faudra procéder par élimination et s'assurer que le nourrisson n'est pas atteint d'une néphrite relevant d'une autre étiologie.

a) **Néphrite secondaire à une intoxication.** — Il faut rechercher s'il existe une intoxication par le plomb, l'alcool, quelquefois par le mercure lorsque le traitement spécifique a été ordonné.

b) **Néphrite succédant à une maladie infectieuse :**

1° Infections d'origine gastro-intestinale aiguës: De la fièvre, un état saburral des voies digestives précèdent la néphrite.

Chroniques: Une longue série de troubles digestifs et l'auto-intoxication qui en résulte peuvent provoquer des lésions rénales; mais celles-ci sont tardives et ne se révèlent, cliniquement, que dans l'enfance.

Mais si les symptômes de néphrite sont contemporains des troubles gastro-intestinaux, ceux-ci pourront n'être que symptomatiques de l'atteinte du rein et qu'une pre-

mière manifestation de l'urémie (Obs. III, Audeoud ; Obs. II, Massalongo).

c) **Infections broncho-pulmonaires.** — Les infections pulmonaires aiguës avec état septicémique peuvent retentir sur les reins de l'enfant. Parmi elles, la tuberculose pulmonaire provoque souvent des lésions rénales, mais ce n'est pas une maladie des premières semaines de la vie. L'hérédité tuberculeuse vraie n'est pas niée, mais elle est exceptionnelle et la tuberculose reste dans la règle une affection acquise. L'enfant peut être contaminé peu de jour après sa naissance, mais le bacille est généralement mis en réserve dans les ganglions, surtout dans les ganglions trachéo-bronchiques et ce n'est que plus tard, dans l'enfance ou même dans l'adolescence, qu'il évoluera et causera des ravages.

Enfin, le traitement peut-il permettre de préciser le diagnostic ? Le « *naturam morborum curationes ostendunt* », si souvent vrai dans les manifestations syphilitiques, n'autorise cependant pas à écarter l'hérédo-syphilis lorsque la néphrite n'est pas améliorée par le traitement spécifique.

Et si, malgré toutes les recherches, l'étiologie de la néphrite demeure inconnue, comme l'hérédo-syphilis est, de toutes les maladies du nourrisson, la plus fréquente, c'est elle qu'il faudra rendre responsable de l'altération rénale.

TRAITEMENT

L'alimentation du nourrisson doit être réglée très soigneusement ; toutes les fois que ce sera possible, la mère devra allaiter son enfant. Comme on ne peut confier l'hérédo-syphilitique à une nourrice, ce n'est que, forcé par la nécessité, qu'on aura recours à l'allaitement artificiel. Aussi d'Astros, parlant de l'influence de l'allaitement maternel chez les nourrissons hérédo, conclut par ces paroles : « Le sein leur eût été, puis-je dire, plus utile que le mercure. »

Dans notre observation, M. le Professeur Mouriquand a d'abord essayé de voir si, avec une alimentation bien réglée, le nourrisson étant nourri par sa mère, la maladie tendait à s'améliorer. Mais il n'en fut rien : les œdèmes ne diminuèrent pas et la quantité d'albumine resta stationnaire de 2 g. 50 à 3 g. par litre.

M. Mouriquand essaya alors le traitement spécifique le plus simple : le Hg. employé en frictions, à la dose de 1 g. d'onguent napolitain. Ces frictions furent bien supportées ; mais, dans une observation (III), elles ont provoqué une éruption assez intense pour les faire suspendre. Le Hg peut aussi être donné en ingestion : liqueur de Van Swieten, XXXVI gouttes par jour (Obs. VII).

Lorsque la mère nourrit son enfant, elle peut prendre

du sirop de Gibert (Obs. VII) : une partie s'élimine avec le lait et est absorbée par le nourrisson.

Dans l'observation de Bradley (I), la maladie de l'enfant fut nettement améliorée par le traitement mercuriel; mais il faut savoir que les reins, déjà altérés, présentent une susceptibilité particulière pour le mercure. MM. Mouriquand, Morel et Policard, étudiant le tropisme du Hg et des arséno-aromatiques pour différents viscères, trouvèrent que le Hg est néphrotrope, tandis que les arséno-aromatiques sont hépatotropes et ils donnèrent les conclusions thérapeutiques suivantes : les arséno-aromatiques étant hépatotropes et faiblement néphrotropes, par contre, le Hg étant nettement néphrotrope, les premiers paraissent préférables au second dans le traitement des néphrites spécifiques. Aussi, le traitement mercuriel chez notre petit malade fut-il surveillé de très près: l'œdème diminua mais la quantité d'albumine des urines ayant augmenté, passant de 2 g. 50 à 4 et 5 g., les frictions furent arrêtées.

La médication mercurielle ayant échoué, M. Mouriquand se servit de novarsénobenzol, et, pour la facilité de l'administration, l'employa en injections intra-musculaires à la dose de 1 cg. par jour.

Mais, bien que le néo-salvarsan soit, théoriquement, moins nocif pour le rein que le Hg, la quantité d'albumine ayant encore augmenté (jusqu'à 8 g. par litre), les injections de néo furent supprimées.

Le traitement se borna à l'administration de KI, en suppositoires, à la dose de 5 cg par jour. La quantité d'albumine contenue dans les urines diminua et oscilla de nouveau entre 3 et 4 g.

PRONOSTIC

L'avenir des hérédosyphilitiques, en général, est très sombre. Veeder, sur une centaine de cas examinés, trouve une mortalité de 40 %.

Lorsqu'il existe des lésions viscérales, lorsque l'atteinte précoce du rein s'est révélée cliniquement, le pronostic est encore assombri et, généralement, l'enfant meurt dans les premiers mois de la vie.

Sur nos huit observations, nous trouvons: un cas où le nourrisson a été très nettement amélioré (Obs. I); un cas, où l'enfant a quitté l'hôpital sans grande amélioration (Obs. VIII); dans tous les autres cas, l'issue de la maladie a été fatale.

La marche de la maladie est traînante, rarement la fièvre apparaît, sauf, dans l'Observation V, où la température monta à 39°5; dans l'Observation V, la température fut toujours subnormale.

La mort survient soit au milieu de phénomènes urémiques (Obs. II), soit du fait d'une maladie intercurrente (pneumonie, Obs. III), soit des progrès de la cachexie qui emmène le malade.

Dans le cas (Obs. I) où le malade a été amélioré par le traitement mercuriel, peut-on s'attendre à une gué-

ri son complète? La médication spécifique agit en tuant le tréponème et en amenant la régression des îlots de prolifération conjonctive. Mais ceux-ci ne s'effaceront pas complètement, ils demeureront à l'état de foyers cicatriciels de sclérose. L'enfant pourra vivre, mais la lésion rénale demeurera latente et le rein sera le lieu de moindre résistance de l'organisme sur lequel retentira toute affection grave.

Toutefois, malgré les tentatives décevantes de la thérapeutique et la terminaison presque toujours fatale de la maladie, puisque nous avons un exemple d'amélioration, nous considérons que le pronostic de la néphrite hérédo-syphilitique précoce doit être réservé, mais non forcément fatal. Et, en terminant, nous rappellerons ce conseil d'Ambroise Paré : « Faut user de grande prudence en pronostiquant, parce que l'on en a vu plusieurs que l'on estimait ne devoir jamais recouvrer santé, avoir été guéris, car Dieu et nature font souvent choses admirables »

CONCLUSIONS

1° En cas de syphilis héréditaire, il peut exister, dès la naissance, peut-être plus souvent qu'on ne le pense, des altérations rénales.

2° Celles-ci se montrent sous forme de gommès, de néphrite interstitielle avec lésions épithéliales secondaires, de néphrite parenchymateuse aiguë.

3° Ces lésions se traduisent, pendant la vie, par des symptômes de néphrite (anasarque, albuminurie, oligurie, signes d'urémie) qui peuvent amener la mort.

4° Le diagnostic est à faire avec les néphrites précoces du nourrisson relevant d'une autre origine.

5° La médication par le mercure ou par les arséno-aromatiques résume la thérapeutique spécifique presque toujours impuissante.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MOURIQUAND

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 décembre 1920,

Pour le Recteur :

Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRONESCO et SARATZEANO. — Valeur de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, *Presse Médicale*, 3 avril 1912, p. 271.
- D'ASTROS. — Les œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson, *Rev. des malad. de l'enf.*, 1907, p. 385.
- Œdème et néphrite dans la syphilis héréditaire précoce, *Marseille Médical*, 1908, p. 129.
- AUDÉOUD. — La néphrite dans la syphilis héréditaire, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1896, p. 381.
- BRADLEY. — On syphilitic renal dropsy, *The British med. journ.* 1871, p. 116.
- CANELLI (F.). — Sifilide renale congoenita, *La Pediatria*, mai 1918. Analysé par *Ann. Med. des Enf.*, 1919, p. 435.
- CARPENTER. — Case of syphilitic nephritis in an infant aged five months, *British med. journ.*, 12 septembre 1903, p. 588.
- CHASSAGNE. — Etude sur le traitement de la syphilis chez le nouveau-né (injections intra-musculaires de sels solubles de Hg), *Thèse Paris*, 1904.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1912, Félix Alcan, édit., Paris. Tome IV, p. 1418.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 1915, J.-B. Baillière et Fils, édit., Paris, p. 789.
- FOUREST (E.). — Traitement de la syphilis héréditaire chez

- le nourrisson par les injections intraveineuses de novarsénobenzol, *Thèse Lyon*, 1919-1920, n° 231.
- FOURNIER (A.). — La syphilis héréditaire tardive, 1886, G. Masson, édit., Paris.
- GOULKIWITCH. — Des néphrites chez les nourrissons, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juillet 1900.
- HAHN. — Ueber hämorrhagische Nephritis bei hereditaris Lues, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1912, p. 759.
- HAUSALTER et RICHON. — Syphilis gommeuse du rein chez un nourrisson de 9 mois, *Arch. de méd. des enf.*, décembre 1898.
- HECKER. — Les lésions des reins dans la syphilis congénitale, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1900, p. 246.
- HUTINEL. — Les maladies des enfants, 1909, Asselin et Houzeau, édit., Paris.
- HUTINEL. — Les néphrites chez les syphilitiques héréditaires, *Paris Médical*, 25 janv. 1919, p. 65.
- Syphilis héréditaire et meiopragies, *Arch. de Méd. des Enf.*, 1919, p. 337.
- KALININE (A.). — Contribution à l'étude des signes de la syphilis héréditaire précoce, *Thèse Paris*, 1900.
- LAFAYE (A.). — Méthodes nouvelles de diagnostic biologique et de traitement de la syphilis héréditaire, *Thèse Paris*, 1920.
- LEREBoullet et SCHREIBER. — Les maladies des enfants en 1920, *Paris Médical*, 1920, p. 401.
- MASSALONGO. — Syphilis rénale congénitale, *Annales de Dermatologie et de Syphilis*, 1894, p. 1148.
- MOURIQUAND (G.). — Titres et travaux scientifiques, 1919, A. Rey, édit., Lyon.
- MOURIQUAND (G.), MOREL (A.). — Le 606, le foie et le rein, *Société Méd. des Hôp. de Lyon*, 28 mai 1912.
- MOURIQUAND, MOREL et POLICARD. — Le Hg, le foie et le rein, *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 11 juin 1912.

PARROT. — La syphilis héréditaire et le rachitisme.

QUESLIER (J.). — Les néphrites interstitielles de l'hérédo-syphilis. L'évolution des néphrites aiguës chez les hérédosyphilitiques, *Thèse Paris*, 1920.

SUTHERLAND et THOMSON-WALKER. — Two cases of interstitial nephritis in congenital syphilis, *Brit Med. Journ.*, 23 avril 1903. Analysé par *Arch. de Méd. des Enf.*, 1904, p. 49.

TERRIEN. — Contribution à l'étude de la syphilis rénale et en particulier du syphilo-brightisme, *Thèse Paris*, 17 juin 1903.

VEEDER (S.) et JEANS. — Une centaine de cas d'hérédo-syphilis, *Arch. de Méd. des Enf.*, 1917, p. 45.

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
- RUE DE LA CHARITÉ -
— 46 —

